



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Medical doctors taking the lead: transforming workplaces towards sustainable employability

Duijnhoven, A. van

Citation

Duijnhoven, A. van. (2026, September 17). *Medical doctors taking the lead: transforming workplaces towards sustainable employability*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4310019>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4310019>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

CHAPTER 9

Appendices

Nederlandse samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

Nederlandse samenvatting

Duurzame inzetbaarheid (DI) van artsen staat onder druk. Hierdoor wordt het voor artsen moeilijker om op de lange termijn effectief te kunnen of blijven functioneren. Duurzaam inzetbare artsen - zonder burnoutklachten, bevlogen en arbeidstevreden - zijn bovendien essentieel om aan de zorgvraag te voldoen en hoge kwaliteit van gezondheidszorg te bieden. Artsen ervaren hoge werkeisen, zoals emotioneel veeleisende situaties en hoge tijdsdruk, en knelpunten in hulpbronnen, zoals onvoldoende herstelmogelijkheden en beperkte autonomie in het werk. Daarnaast blijkt uit de praktijk dat niet altijd sprake is van een gunstig organisatieklimaat (Psychosocial Safety Climate): de mate waarin een organisatiecultuur mentale gezondheid en welzijn prioriteert en waarin beleid, leiderschap en communicatie daarop zijn afgestemd. Het is daarom belangrijk te onderzoeken hoe werkfactoren verbeterd kunnen worden, zodat DI van artsen verhoogd wordt.

Organisatiegerichte interventies kunnen potentieel DI van artsen verbeteren. Deze interventies verbeteren de werksituatie door knelpunten in werkfactoren aan te pakken en zo DI te vergroten. Voorgaand onderzoek laat zien dat organisatiegerichte interventies effectiever kunnen zijn wanneer zij gebaseerd zijn op participatief actieonderzoek. In participatief actieonderzoek zijn werknemers zelf actief betrokken bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van de interventie. Deze benadering zorgt ervoor dat een interventie beter aansluit bij wat werknemers daadwerkelijk nodig hebben, een groter draagvlak heeft, en duurzamere veranderingen teweegbrengt. Het is belangrijk om de effectiviteit van organisatiegerichte interventies gericht op het verbeteren van DI onder artsen te onderzoeken, en verder inzicht te krijgen in wat werkt, voor wie, en onder welke omstandigheden. Het onderzoeken van verandermechanismen en procesfactoren is daarbij belangrijk. Werkfactoren kunnen dienen als verandermechanismen: de interventie pakt werkfactoren aan en probeert via die weg DI te verbeteren. Inzicht in de verandermechanismen is essentieel om te onderzoeken of de interventie tot de gewenste verbeterde uitkomsten heeft geleid. Procesfactoren kunnen de effectiviteit van de interventie faciliteren of belemmeren: interventiecontext, interventieontwerp en implementatieprocessen, en mentale modellen van artsen. Inzicht in hun invloed is essentieel om te onderzoeken waarom de interventie succesvol was of faalde. Dit proefschrift levert hieraan een bijdrage door de effectiviteit, verandermechanismen en procesfactoren van organisatiegerichte interventies gericht op het verbeteren van DI van artsen te onderzoeken.

Overzicht van de hoofdstukken

In dit proefschrift staan drie doelstellingen centraal:

DOEL 1: Identificeren of het organisatieklimaat, werkeisen, en hulpbronnen de DI van artsen bepalen, en fungeren als verandermechanismen binnen organisatiegerichte interventies gericht op DI;

DOEL 2: Evalueren van de effectiviteit van organisatiegerichte interventies om de DI van artsen te verbeteren;

DOEL 3: Identificeren van procesfactoren die de effectiviteit van organisatiegerichte interventies gericht op DI onder artsen bevorderen of belemmeren.

Om deze doelstellingen te bereiken, hanteerden we een tweesporenstrategie:

- Het synthetiseren van bestaande kennis over geïmplementeerde en geëvalueerde organisatiegerichte interventies gericht op DI onder artsen (Hoofdstuk 2);
- Het genereren van nieuwe kennis door een nieuwe organisatiegerichte interventie met een participatief actieonderzoek-benadering onder Nederlandse artsengroepen te implementeren en evalueren (Hoofdstukken 3, 4, 5 en 6).

Synthetiseren van bestaande kennis

In **Hoofdstuk 2** voerden we een narratief systematische review uit om de effectiviteit te evalueren van organisatiegerichte interventies gericht op het verbeteren van DI onder artsen (DOEL 2). We includeerden interventies gericht op burnout, bevlogenheid en/of arbeidstevredenheid. Daarnaast onderzochten we of deze studies veranderingen in werkfactoren als verandermechanismen voor DI (DOEL 1), en procesfactoren die de interventie-effectiviteit faciliteren of hinderen (DOEL 3) evalueerden.

Van de geïnccludeerde studies gericht op burnout rapporteerde 69% een afname in ten minste één burnoutsymptoom. Van de geïnccludeerde studies gericht op arbeidstevredenheid vond 70% een toename in arbeidstevredenheid. Deze resultaten wijzen erop dat organisatiegerichte interventies effectief kunnen zijn in het verbeteren van DI van artsen (DOEL 2). Geen enkele studie onderzocht echter effecten van organisatiegerichte interventies op bevlogenheid, waardoor de onderzoeksvraag open blijft of dergelijke interventies ook bevlogenheid kunnen verbeteren (DOEL 2).

Vrijwel geen enkele studie onderzocht expliciet of veranderingen in werkfactoren als verandermechanismen voor DI-verbeteringen fungeerden (DOEL 1). Wel rapporteerde 69% van de studies interventie-effecten op werkfactoren en DI-uitkomsten afzonderlijk. Deze resultaten suggereerden dat werkfactoren gerelateerd aan werkdruk en werkeisen,

werkefficiëntie en workflow, financiële en niet-financiële waardering en beloning, en professionele ontwikkelingsmogelijkheden belangrijke verandermechanismen kunnen zijn (DOEL 1).

Ook onderzocht vrijwel geen enkele studie expliciet of procesfactoren interventie-effectiviteit beïnvloedden (DOEL 3). Wel rapporteerde 48% van de studies procesfactoren zonder deze direct te relateren aan interventie uitkomsten. Deze bevindingen suggererden dat positieve mentale modellen (bijvoorbeeld positieve attitudes en percepties, en een positief ervaren impact) ten aanzien van de interventie de interventie-effectiviteit kunnen vergroten, terwijl lage interventietrouw deze kan belemmeren (DOEL 3).

Genereren van nieuwe kennis

In **Hoofdstuk 3** beschreven we het protocol van de studie die centraal staat in deze dissertatie, waarin de effectiviteit van een tweejarige nieuw ontwikkelde organisatie-gerichte interventie gericht op het verbeteren van DI onder Nederlandse artsengroepen werd geëvalueerd (DOEL 2). De interventie is gebaseerd op het Werkstressoren en EnergieBronnen model (Job Demands-Resources model) en volgde een Participatieve Actie Onderzoek-benadering.

Op basis van een nulmeting die zicht gaf op de huidige werksituatie ontwikkelden, implementeerden en evalueerden artsengroepen organisatieveranderingen gericht op het verhogen van het organisatieklimaat, het reduceren van werkeisen en/of het vergroten van hulpbronnen in het werk. Procesbegeleiders begeleidden de artsen-groepen. Deze begeleiding liep geleidelijk gedurende drie interventiefases af: fase 1 (duur van 8 maanden; intensieve begeleiding), fase 2 (duur van 6 maanden; begeleiding naar behoefte), en fase 3 (duur van 10 maanden; begeleiding wanneer nodig). Vier meet-momenten waren geïncludeerd om interventie-effectiviteit over de tijd heen te meten: de nulmeting (start van de interventie), eerste evaluatiemeting (na 8 maanden), tweede evaluatiemeting (na 14 maanden), en de eindmeting (na 24 maanden).

Het protocol specificeerde ook, dat naast het meten van interventie-effecten op DI (burnout, bevlogenheid, arbeidstevredenheid, verloopintentie, vertrouwen in het eigen functioneren, positieve ervaren impact op gezondheid en welbevinden) (DOEL 2), wordt geëvalueerd of verbeteringen in werkfactoren (organisatieklimaat, werkeisen, hulp-bronnen, positieve ervaren impact op de werksituatie) fungeerden als verander-mechanismen in DI verbeteringen (DOEL 1). Tot slot wordt het plan beschreven om te evalueren of interventie-effecten op DI en werkfactoren sterker zouden zijn bij gunstigere implementatieprocessen (invloed van procesfactoren) (DOEL 3).

In **Hoofdstuk 4** analyseerden we de nulmetingdata van de organisatiegerichte interventie (N = 604, verdeeld over 28 artsengroepen) (DOEL 1). We onderzochten of:

- (1) Het organisatieklimaat, werkeisen, en hulpbronnen gerelateerd waren aan DI (burnout, bevlogenheid, arbeidstevredenheid);
- (2) Het organisatieklimaat fungeerde als "*oorzaak der oorzaken*" door via werkeisen en hulpbronnen samen te hangen met DI; en
- (3) Het organisatieklimaat de potentiële negatieve impact van werkeisen op DI bufferde, en de potentiële positieve impact van hulpbronnen op DI versterkte.

De belangrijkste bevindingen waren:

- Lagere werkeisen waren gerelateerd aan lagere burnoutniveaus.
- Van de werkeisen was lagere tijdsdruk het sterkst gerelateerd aan lagere burnoutniveaus en hogere bevlogenheid en arbeidstevredenheid.
- Hogere hulpbronnen gingen gepaard met lagere burnoutniveaus en hogere bevlogenheid en arbeidstevredenheid.
- Van de hulpbronnen was hogere ontwikkelingsmogelijkheden het sterkst gerelateerd aan lagere burnoutniveaus en hogere bevlogenheid en arbeidstevredenheid.
- Een gunstiger organisatieklimaat ging gepaard met hogere hulpbronnen en minder sociaal onwenselijk gedrag.
- Enige support voor het organisatieklimaat als "*oorzaak der oorzaken*": een gunstiger organisatieklimaat hing via hogere hulpbronnen (personeelsbezetting, sociale steun van de leidinggevende, ontwikkelingsmogelijkheden) en minder sociaal onwenselijk gedrag samen met gunstigere DI-scores.
- Onder een gunstiger organisatieklimaat hingen hogere hulpbronnen (werkprocedures, interne communicatie) en minder sociaal onwenselijk gedrag onverwachts samen met minder gunstige DI-scores.

In **Hoofdstuk 5** evalueerden we de effectiviteit van de organisatiegerichte interventie op het organisatieklimaat, werkeisen, hulpbronnen en DI onder artsen uit 23 artsengroepen (DOEL 2), en onderzochten we werkfactoren als verandermechanismen voor verbeteringen in DI (DOEL 1).

De belangrijkste bevindingen waren:

DOEL 2

- De interventie verbeterde significant het organisatieklimaat en meerdere hulpbronnen tussen de nulmeting en de eindmeting (na 24 maanden).
- De artsen ervaarden een positieve impact op hun werksituatie na afloop van de interventie.
- De interventie was er niet in geslaagd om werkeisen te verminderen en DI te verbeteren.
- De artsen ervaarden een positieve impact op hun gezondheid en welbevinden na afloop van de interventie.

DOEL 1

- Een daling van werkeisen en een toename van hulpbronnen hingen samen met verbeteringen in DI van vóór tot na de interventie.
- Van alle werkfactoren hingen verbeteringen in tijdsdruk en ontwikkelingsmogelijkheden het sterkst samen met verbeteringen in DI.
- Verbeteringen in het organisatieklimaat speelden een beperktere rol in verbeteringen in DI.

In **Hoofdstuk 6** evalueerden we het proces van de organisatiegerichte interventie (DOEL 3). We onderzochten of interventieontwerp en implementatieprocessen (de mate van ingang gezette veranderingen, informatievoorziening, participatie/inspraak van artsen, management ondersteuning) en mentale modellen van artsen (tevredenheid met de focus en aanpak van de interventie, positieve verwachtingen) - gemeten op de tweede evaluatiemeting na 14 maanden - de effectiviteit van de interventie op werkfactoren (organiseatieklimaat, werkeisen, hulpbronnen) en DI faciliteerden en/of hinderden. Ook onderzochten we of de interventiecontext - startmoment (eerder vs. later startende artsengroepen) en organisatiesetting (GGD-en, ziekenhuisvakgroepen, overige niet-ziekenhuis instellingen) - de interventie-effectiviteit beïnvloedde.

De belangrijkste bevindingen waren:

- Gunstigere percepties van artsen op interventieontwerp en implementatieprocessen versterkten interventie-effecten op werkfactoren en in mindere mate op DI.
- Lagere tevredenheid met de focus en aanpak van de interventie leidden onverwacht tot sterkere positieve effecten op sommige DI-indicatoren en hulpbronnen.
- Later gestarte artsengroepen lieten gunstigere interventie-effecten zien dan eerder gestarte artsengroepen.
- Ziekenhuisvakgroepen lieten gunstigere interventie-effecten zien dan GGD-en en overige niet-ziekenhuis instellingen.